

2024年 安心家族傷害保険

傷害総合保険加入依頼書（新規加入）

ご加入時の確認事項⇒私は、鹿児島県学校生活協同組合の組合員であることを確認し、団体に対してこの保険契約への加入を依頼します。

加入依頼日	2024年 月 日	申込区分	新規加入
保険期間	2024年11月1日 ~ 2025年11月1日 午後4時から 1年間		
学校名	職員番号		
(フリガナ)		生年月日	S・H 年 月 日
申込人氏名	〒		
郵便番号			
(フリガナ)			
住所			
連絡先	(自宅) - -	(携帯)	- -
被保険者(補償対象者) 申込人と異なる場合は記入してください(個人型)	性別	男	女
(フリガナ)		生年月日	S・H 年 月 日
被保険者氏名			

- 新規加入の申込は下記コースよりお選びください。
加入コース記入欄に **○印** (個人型で本人以外はご氏名) をご記入ください。

基本加入タイプ	加入コース	月払保険料	加入		加入コース	月払保険料	加入(者)
家族型	A型	1,490		個人型	本人は○印、本人以外はご氏名を記入		↓
	B型	2,920			E型	1,330	
	C型	4,400			F型	2,740	
	D型	7,100			G型	4,130	
おすすめ加入タイプ (携行品損害補償付き)							
家族型	H型	1,740		個人型	本人は○印、本人以外はご氏名を記入		↓
	I型	3,190			L型	1,500	
	J型	4,670			M型	2,910	
	K型	7,350			N型	4,300	

上記加入依頼書にご記入の上、FAX をお願いします。(保険料は 11 月より引去り開始となります。)

FAX 0120-15-3194

締切 10/4 (金)

PM:5:00 受信まで